

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR RB-89.2

**PARA EL SOLICITANTE:** Una Solicitud de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta debe presentarse dentro de los 30 días calendario siguientes a la notificación de presentación del Memorandum de la Decisión del Panel de la Junta ante el Secretario de la Junta. Se considera que una Solicitud se ha presentado ante la Junta en la fecha real en que la Junta recibe dicha Solicitud. De conformidad con el Artículo 300.13(b)(3) del Título 12 del NYCRR y la designación del Presidente, la Solicitud solamente se podrá presentar ante la Junta en la dirección de correo postal centralizada de la Junta (P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205), número de fax centralizado para reclamos (1-877-533-0337), dirección de correo electrónico centralizada para reclamos ([wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)), o mediante el enlace de carga web de la Junta de Compensación Obrera (Workers' Compensation Board, WCB) (<https://wcbdoc.services.conduent.com/>). Las solicitudes en los reclamos por discriminación de compensación obrera deben presentarse ante la Junta enviando la Solicitud por correo a la Unidad de Discriminación de la Junta a Board's Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204. Las solicitudes en reclamos presentados por beneficios por discapacidad (reclamos por salarios perdidos a causa de lesiones o enfermedades que no estén relacionadas con lesiones) se deben presentar ante la Junta enviando la Solicitud a la Oficina de Beneficios por Discapacidad, a Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029. Se debe enviar una copia de esta Solicitud a todas las partes de interés necesarias, de conformidad con el Artículo 300.13(b)(2)(iv) del Título 12 del NYCRR. Las solicitudes, a menos que sean presentadas por un reclamante sin representación, deben estar en el formato indicado por el Presidente y con todas las secciones de la Solicitud completas. No suministrar toda la información que solicita el formulario podrá tener como resultado la desestimación de la Solicitud.

**NOTA:** No se aceptarán Solicitudes de Reconsideración/Revisión Completa de la Junta si se entregan en persona en una oficina de la Junta. Se considerará que las Solicitudes enviadas o presentadas directamente a la Oficina del Abogado General (Office of General Counsel) no han sido presentadas ante la Junta, y no se tendrán en cuenta.

**A TODAS LAS DEMÁS PARTES:** Toda Refutación a esta Solicitud se debe enviar a la Junta dentro de los 30 días calendario siguientes a la fecha en que se envió la Solicitud a las partes, como se especifica en la sección Constancia de Entrega del formulario RB-89.2, de conformidad con el Artículo 300.13(c) del Título 12 del NYCRR.

- Número(s) de caso(s) de la WCB.** Ingrese el (o los) número(s) de caso(s) de la WCB para los reclamos a los que se está apelando. Los número(s) de caso(s) de la WCB incluyen el número de caso de compensación obrera, discriminación, beneficios por discapacidad, discriminación relativa a la licencia familiar paga, y beneficios para bomberos voluntarios y trabajadores de ambulancia voluntarios.
- Número(s) de caso(s) de la aseguradora.** Ingrese el (o los) número(s) de caso(s) de la aseguradora para los reclamos a los que se está apelando. Esta sección/este punto no se aplica a reclamos de discriminación.
- Código de la aseguradora.** Ingrese el código de la aseguradora para el reclamo al que se está apelando. Esta sección/este punto no se aplica a reclamos de discriminación.
- Nombre de la aseguradora.** Ingrese el nombre de la aseguradora para el reclamo al que se está apelando. Esta sección/este punto no se aplica a reclamos de discriminación.
- Fecha de lesión/licencia.** Ingrese la fecha en que ocurrió la lesión o la fecha en que comenzó la licencia familiar paga (si no se tomó licencia familiar, ingrese la fecha de queja por discriminación).
- Nombre del reclamante.** Ingrese el nombre completo del empleado.
- Dirección del reclamante.** Ingrese la dirección, ciudad, estado y código postal del empleado, y la dirección de correo postal si es diferente del domicilio.
- Esta solicitud se realiza en nombre de.** Indique qué parte solicita la apelación/presentación de esta Solicitud.
- Solicitud de Reconsideración/Revisión de la Junta Completa.** Indique si la Solicitud es 1) Obligatoria, o 2) Discrecional.
- Fecha de presentación del Memorandum de la Decisión del Panel de la Junta.** Ingrese la fecha de la decisión a la que se está apelando.
- Reparación solicitada.** Indique el tipo de reparación que se busca obtener.
- Estado actual del caso.** Indique el estado del caso.
- Especificar el (o los) problemas para revisión.** Indique los problemas específicos que desea que se revisen.
- Fundamentos de la apelación.** Brinde una breve declaración de los fundamentos particulares en los que está basada la apelación, incluidos los hallazgos de hecho específicos que se impugnan y los errores de derecho que se alegan. Los alegatos generales que no dirijan los problemas sobre los que se debe decidir a la atención de la Junta son insuficientes. Se pueden adjuntar hojas adicionales, hasta un máximo de 8 páginas.

**15. Fechas de audiencia, transcripciones, documentos, anexos y otras pruebas.** Realice una referencia al expediente, o parte del expediente, que sea relevante para los problemas y los fundamentos planteados en esta Solicitud. Indique las fechas de las audiencias en las cuales se plantearon los problemas ante el WCLJ, así como también cualquier otra fecha de audiencia relevante. Identifique mediante fecha o números de ID de documentos las transcripciones, los documentos, los informes, los anexos y otras pruebas en el expediente de la Junta que sean relevantes para los problemas y los fundamentos que se están planteando para su revisión. Si no está transcrita el acta, indíquelo. No incluya ni adjunte a esta Solicitud ningún documento que esté presente en el expediente de la Junta en el momento en que presente la Solicitud.

**16. Apelación a la División de Apelaciones de la Corte Suprema, Tercer Departamento.** Indique si se ha presentado/ se presentará una apelación al Memorandum de Decisión a la División de Apelaciones de la Corte Suprema, Tercer Departamento.

**17. Certificación.** El preparador debe firmar y fechar el formulario (brindando además el nombre, cargo, teléfono y dirección) que certifique los fundamentos de hecho y de derecho de buena fe de la Solicitud, y que se había instituido con motivos razonables, y se había enviado a las partes de interés necesarias en la sección de Constancia de entrega.

**18. Constancia de entrega.** Se debe enviar esta Solicitud a todas las partes de interés necesarias, de conformidad con el Artículo 300.13(b)(2)(iv) del Título 12 del NYCRR. No notificar correctamente a una parte necesaria se considerará una notificación defectuosa, y la Junta podrá rechazar la Solicitud. Cuando la Solicitud de Revisión de la Junta es presentada por la aseguradora, el empleador asegurado por cuenta propia, u otro pagador o posible pagador, se notificará al reclamante, y a su representante, y a otras partes de interés necesarias. Se considera que la notificación fue oportuna si la completa el apelante dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la decisión por parte de la Junta. Se debe completar la Afirmación o Declaración Jurada y debe incluir mediante qué método, y en qué fecha, se presentó la Solicitud ante la Junta. El apelante solamente podrá usar un método para presentar la Solicitud ante la Junta. Si el apelante presenta Solicitudes en duplicado, se podrá considerar que dichas presentaciones en duplicado presentan o continúan un asunto sin fundamentos razonables, y podrá someter al apelante a un juzgamiento de conformidad con el Artículo 114-a(3) de la WCL. La Afirmación o Declaración Jurada completada debe especificar los documentos enviados, los nombres de las partes de interés notificadas, y la fecha y el método de notificación para cada parte de interés, y que la notificación se completó dentro de los 30 días a partir de la presentación de la decisión que es objeto de la Solicitud. No es aceptable completar la parte de la declaración jurada o afirmación donde se indica a las personas notificadas y por qué método con "ver anexos". Si se notificó a una parte por fax, correo electrónico u otro medio electrónico, la Afirmación o Declaración jurada debe incluir una certificación que indique que la parte notificada por este medio brindó permiso explícito para recibir la notificación de este modo [consultar el Art. 300.13(b)(2)(iv)(C) del Título 12 del NYCRR]. No hace falta que la Solicitud se envíe a todas las partes por el mismo medio. La Afirmación debe estar fechada y firmada bajo pena de perjurio. Solamente un abogado puede completar la Afirmación. La Declaración Jurada se debe firmar ante un notario público.



# SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN/ REVISIÓN DE LA JUNTA COMPLETA

<b>1. Número(s) de caso(s) de la WCB</b>	<b>2. Número(s) de caso(s) de la aseguradora</b>	<b>3. Código de la aseguradora</b>	<b>4. Nombre de la aseguradora</b>	<b>5. Fecha de lesión/licencia</b>
<b>6. Nombre del reclamante</b>			<b>7. Dirección del reclamante</b>	
<b>8. Esta solicitud se realiza en nombre de:</b>				
<b>9. Esta Solicitud de Reconsideración/Revisión de la Junta Completa conforme a los Artículos 32 y 142(2) de la WCL es:</b>				
<input type="checkbox"/> Obligatoria (hubo un desacuerdo que no es un desacuerdo cuyo único fundamento es la derivación a un perito imparcial) <input type="checkbox"/> Discrecional				
<b>10. Fecha de presentación del Memorándum de la Decisión del Panel de la Junta (mm/dd/aaaa):</b>				
<b>11. La reparación solicitada es:</b>				
<input type="checkbox"/> Corrección administrativa del memorándum de decisión <input type="checkbox"/> Modificación del memorándum de decisión <input type="checkbox"/> Revocación del memorándum de decisión <input type="checkbox"/> Rescisión del memorándum de decisión				
<b>12. Actualmente el caso está (marcar una opción):</b> <input type="checkbox"/> Desestimado <input type="checkbox"/> Establecido				
<b>13. Indique los problemas específicos que desea que se revisen.</b>				
<b>14. Fundamentos de la apelación.</b> Esta solicitud de revisión está basada en los siguientes fundamentos (se pueden adjuntar hojas adicionales, hasta un máximo de 8 páginas):				
<b>15. Fechas de audiencia, transcripciones, documentos, anexos y otras pruebas.</b> (ver instrucciones para más detalles):				
<b>16. ¿Se ha presentado o se presentará una apelación al Memorándum de Decisión a la División de Apelaciones de la Corte Suprema, Tercer Departamento?</b>				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				



**17. Certificación:** Al firmar este documento en el espacio que se brinda a continuación, certifico que esta Solicitud tiene fundamentos de hecho y de derecho de buena fe, se instituyó con fundamentos razonables, y se ha enviado a todas las partes de interés necesarias usando el método de notificación, incluida la dirección actual, la dirección de correo electrónico o el número de fax al cual se transmitió la notificación que se indica en la Afirmación o Declaración Jurada de entrega a continuación. Comprendo que la Ley de Compensación Obrera dispone sanciones considerables por instituir o continuar un proceso sin fundamentos razonables o con el fin de lograr un retraso. Comprendo que si esta Solicitud se retira por cualquier motivo o si cualquiera de los problemas planteados es resuelto por las partes, debo notificar de inmediato a la Junta y a las partes de interés necesarias notificadas por escrito.

Firma del preparador: \_\_\_\_\_ Fecha de preparación (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Cargo oficial: \_\_\_\_\_ Número de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## CONSTANCIA DE ENTREGA

### SECCIÓN 1

#### AFIRMACIÓN

ESTADO DE NUEVA YORK, CONDADO DE \_\_\_\_\_ ss: Yo, \_\_\_\_\_, soy un abogado con la matrícula necesaria para ejercer derecho en los tribunales del Estado de Nueva York. Por el presente afirmo bajo pena de perjurio que he cumplido con los requisitos de presentación y notificación según se indica en los Artículos 300.13(b)(2)(iv) y (3) del Título 12 del NYCRR de esta Solicitud de Reconsideración/Revisión de la Junta Completa del modo que se describe en la Sección 2 a continuación.

Certifico que el envío de esta Solicitud de Reconsideración/Revisión de la Junta Completa, como se indica anteriormente, fue completado dentro de los 30 días calendario siguientes a la presentación de la decisión que es objeto de esta Solicitud.

Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

#### DECLARACIÓN JURADA

ESTADO DE NUEVA YORK, CONDADO DE \_\_\_\_\_ ss: Yo, \_\_\_\_\_, habiendo prestado el debido juramento, declaro y digo lo siguiente: No soy una parte de interés en los reclamos indicados en la Solicitud de Reconsideración/Revisión de la Junta Completa y tengo más de 18 años de edad. Por el presente certifico que he cumplido con los requisitos de presentación y notificación según se indica en los Artículos 300.13(b)(2)(iv) y (3) del Título 12 del NYCRR de esta Solicitud de Reconsideración/Revisión de la Junta Completa del modo que se describe en la Sección 2 a continuación.

Certifico que el envío de esta Solicitud de Reconsideración/Revisión de la Junta Completa, como se indica anteriormente, fue completado dentro de los 30 días calendario siguientes a la presentación de la decisión que es objeto de esta Solicitud.

Se prestó juramento ante mí en este día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notario Público

### SECCIÓN 2

A. Presenté la Solicitud de Reconsideración/Revisión de la Junta Completa ante la Junta el día (**fecha - mm/dd/aaaa**) \_\_\_\_\_ del siguiente modo (**elegir un método**):

- Envío por correo postal a P.O. Box 5205, Binghamton, NY 13902
- Fax al 1-877-533-0337
- Correo electrónico a [wcbclaimsfilig@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilig@wcb.ny.gov)
- Enlace de carga web de la WCB (<https://wcbdoc.services.conduent.com>)
- Reclamo por discriminación de compensación obrera:** Envío por correo postal a Discrimination Unit, Riverview Center - 150 Broadway, Menands, NY 12204
- Beneficios por discapacidad:** Envío por correo postal a Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

B. Envié la Solicitud de Revisión de la Junta el día (**fecha- mm/dd/aaaa**) \_\_\_\_\_ a (adjuntar hojas adicionales si es necesario):

Nombre: \_\_\_\_\_ del siguiente modo (método): \_\_\_\_\_ a (dirección): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ del siguiente modo (método): \_\_\_\_\_ a (dirección): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ del siguiente modo (método): \_\_\_\_\_ a (dirección): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ del siguiente modo (método): \_\_\_\_\_ a (dirección): \_\_\_\_\_